

NÖROLOJİK SENKOP

Yrd.Doç.Dr.Fatih Ozan KAHVECİ
Zonguldak Karaelmas Üniversitesi
Acil Tıp Anabilim Dalı

SENKOP

- Ani geçici bilinç kaybı ile beraber olan postural tonus kaybı.
- Yıllık acil başvurularının %3-5 i senkop nedeniyle.
- >65 yaş hastalarda 6.en sık yatış nedeni
- Populasyonun %50 si yaşamlarının bir döneminde senkop geçirebilir.

- Senkopun taşıdığı riskler

- hastanede izlem

- Maliyet

Y
Ü
K
S
E
K

- Ayırıcı tanı için standart kriterler yok.
- Kardiyak riski yüksek olanlar yatarak, düşük olanlarsa ayaktan takip edilebilir.
- Kardiyak senkop mortalitesi non-kardiyak etyolojiye göre daha yüksek.
- Normal EKG iyi prognostik gösterge.

NÖROLOJİK TANILAR

- Geçici İskemik Atak
- İskemik Stroke
- Basilar Arter Trombozu
- Subklavian Çalma Sendromu
- Hemorajik Stroke
- Subaraknoid Kanama
- Basiler Migren (Bickerstaff syndrome)
- Normal Baskınlı Hidrosefali
- Nöbet

İntrakranial Hipoperfüzyon

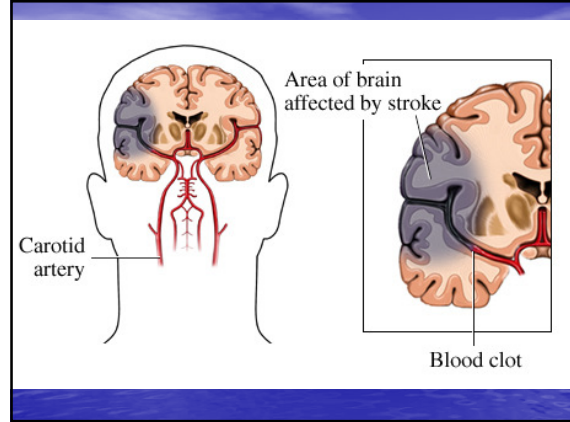
- Beyin tüm vücut kitlesinin %2 si
- Beyin total kardiyak outputun %15-20 sini kullanır.

Beyin kan akımı <18mL/100g/dakika

irreversible nöronal iske

İntrakranial Hipoperfüzyon

"Time is Brain"



The Chain of Recovery for Brain Attack:



NÖROLOJİK SENKOP

- Semptomlar çoğu zaman düzelmiş durumda
- Hikaye** ve **fizik muayene** önemli

İlk Değerlendirme

- Hasta ilk 10 dakika içinde değerlendirilmeli
- ABC (Solunum ve Dolaşım)
- Vital bulgular
- Hipoksemi ($\text{SaO}_2 < \%94$) ise Oksijen ver!
- Damar yolu
- Hipoglisemi!**
- AF ve diğer aritmiler açısından 24 saat monitörizasyon.

HİKAYE

- Semptomlar tamamen düzelmiş olabilir.
- Ayrıntılı sorgulama önemli.
 - Kişinin kendisi
 - 112 ekibi
 - Aile fertleri
 - Olaya şahit olan diğer kişiler

HİKAYE

- Senkop vasfı
- Vücudun bir yarısında yüz,kol ya da bacakta güçsüzlük yada uyuşma
- Konuşma ve anlamada bozulma
- Bir yada her iki gözde görmede zorluk
- Yürümede zorluk
- Baş dönmesi
- Denge ve koordinasyon kaybı
- Ani şiddetli baş ağrısı,bulantı,kusma

HİKAYE

Baş Ağrısı

- Strokelerin %17-34 ünde baş ağrısı+
- Posterior dolaşım bzk.da anteriordan daha sık.
- Olayın başlangıcında varsa posterior dolaşım bzk daha sık.
- Hemorajik stroketa diğer nörolojik semptomlar ön planda.
- İskemik stroketa baş ağrısı diğer semptomlarla birlikte başlar.

Baş Ağrısı

- 45-55 yaş kadın ve >55 yaş erkeklerde **auralı migren** iskemik stroke riskini artırmaktadır.
- kardiovasküler risk; hiperlipidemi, hipertansiyon, sigara, **Auralı migren**

HİKAYE

- Geçirilmiş cerrahi (karotis,kardiyak)
- Özgeçmiş;
 - Önceki stroke olayları
 - Metabolik hastalıklar,özellikle diyabet
 - Bilinen koagülopati
 - hipertansiyon
 - Nöbet
 - Geçirilmiş SSS enfeksiyonu
 - İllegal ilaç kullanımı (kokain)
 - Arterit

HİKAYE

- Özgeçmiş;
 - Kardiyovasküler hastalıklar
 - Kapak
 - PFO
 - karotis stenozu
 - geçirilmiş MI
 - sol ventrikül disfonksiyonu
 - venöz/arteriyel tromboemboli
 - Atrial fibrilasyon
 - nonenfeksiyöz vaskülit
 - Radyoterapi
 - Kullandığı ilaçlar

FİZİK MUAYENE

- Yüzde asimetri
- Asimetrik ağız çekilmesi
- Nasolabial olukta silinme
- Yutma güçlüğü
- Göz kapaklarında inkomplet kapanma
- Oküler dismotilite
- Monokular/binokular görme kaybı
- Görme alanı defekti
- Diplopi

FİZİK MUAYENE

- Disartri
- Afasi
- Bilinç bozukluğu
- Hemiparezi-monoparezi-quadriparezi
- Duyu defisiti
- Ataksi
- Vertigo
- Dismetri
- Disadidokinezi
- Meningeal irritasyon bulguları

FİZİK MUAYENE

- Nörolojik defisit varsa öncelikle iskemik stroke düşünülmeli!
 - Tüm strokelerin %15-20 si hemorajik
 - GİA da semptomlar 1 saatten kısa

Stroke skalaları

- National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS)
- Canadian Neurological Scale (CNS)

National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS)

- Bilinç durumu
- Görme fonksiyonu
- Motor fonksiyon
- Hissetme ve ihmal etme
- Serebellar fonksiyon
- Konuşma/Lisan

National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS)

- Stroke lokasyonu ve şiddetini
- Sonucu
- Trombolitikten fayda görme olasılığını
- Trombolitik sonrası hemoraji gelişme riski yüksek olanları tanır.
- Posterior dolaşımla ilgili bazı defisitleri ölçmez!

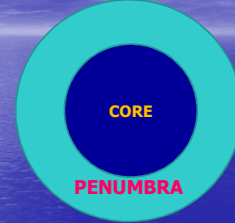
Hipertansiyon Düzenlenmesi rt-PA Uygulanacaksa

- Sistolik <185 mmHg
- Diastolik <110 mm Hg olmalı.
- KB>185/110 ise
 - Labetolol 10-20 mg iv 2 kez
 - Nicardipin 5 mg/saat maksimum 15mg/saat
 - Hidralazin,enalapril

rt-PA uygulaması sırasında

- İlk 2 saat 15 dakikada bir
- Sonraki 6 saat 30 dakikada bir
- Sonraki 16 saat 60 dakikada bir KB ölçülmeli!
- Sistolik 180-230 ve diastolik 105-120 ise
 - Labetolol 10 mg iv sonrasında 2-8 mg/dakika
 - Nicardipin 5mg/saat iv

rt-PA uygulanmayacaksa



- End organ hasarı olmadıkça KB konservatif olarak düzenlenmeli.

rt-PA uygulanmayacaksa

- Sistolik KB>220 mmHg
- Diastolik KB>120 mmHg ise düşür!
- İlk gün içinde KB %15-25 kadar düşürülmelidir.
- **Nitroprusid!** intrakranial basıncı artırır!
- Akut MI
- Konjestif kalp yetmezliği
- Akut aort diseksiyonu varsa KB düşürülmeli!

TANISAL TESTLER

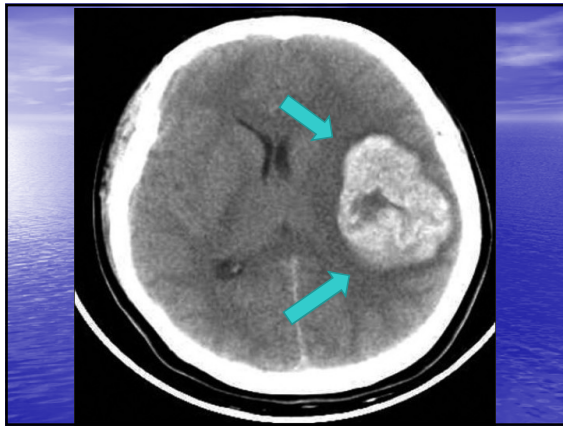
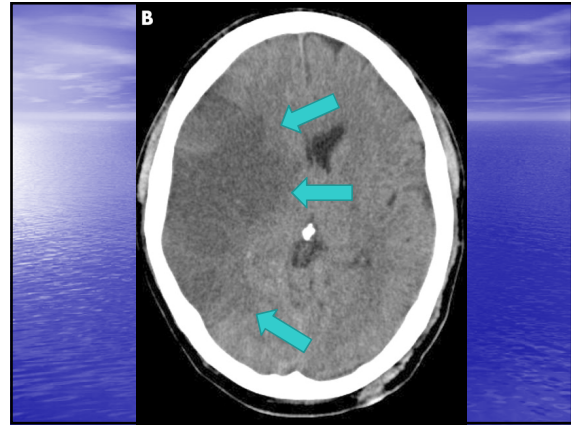
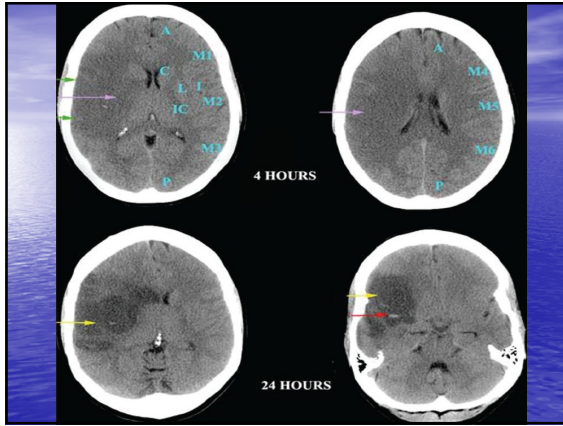
- Serum glukoz seviyesi
- Elektrolitler
- Biyokimyasal parametreler
- Koagülasyon testleri
- Tam kan sayımı
- Sedimentasyon
- Kardiyak enzimler
- Lipid profili
- Hiperkoagülopati araştırması

GÖRÜNTÜLEME

- Difüzyon MR: İskemiye daha erken gösterir
 - GİA için
- MR için tedavi (rt-PA) gecikmemeli.

GÖRÜNTÜLEME

- Nonkontrast beyin BT:
 - Yeni iskemi yada infarkt alanını
 - Eski iskemi alanlarını
 - İntrakranial kitleyi
 - İntrakranial hemorajiyi gösterir.
- rt-PA uygulamak için BT ile hemoraji olmadığını göster yeterli.
- Nonkontrast beyin BT ilk 25 dakikada çekim, ilk 45 dakikada yorum.



GÖRÜNTÜLEME

- EEG (nöbet değerlendirme için)
- Karotis Dopler USG
- Transkraniyal USG
- BT anjiyografi
- MR anjiyografi
- EKO
- EKG
- LP (SAK, infeksiyon, demiyelizan hst.)

Fibrinolitik Tedavi

- Nörolojik muayeneyi tekrarla.
- NIHSS ya da CSS bak.
- NM normale döndüyse fibrinolitik gerekmez.

Fibrinolitik Tedavi Endikasyonlar ilk 3 saat için

- Nörolojik defisit saptanması
- Semptom başlangıcı < 3 saat
- Hasta yaşı ≥ 18

Fibrinolitik Tedavi Kontrendikasyonlar ilk 3 saat için

- Önceki 3 ay içinde kafa travması yada stroke
- SAK göstergesi semptomlar
- Önceki 7 gün içinde basılanamaz bölgede arteryel girişim
- Geçirilmiş intrakranial hemoraji
- Yüksek KB (sistolik 185,diastolik 110 mmHg)
- Muayenede aktif kanama bulgusu olması
- Akut kanama diatezi
 - Platelet<100.000/mm³
 - 48 saat içinde heparinizasyon-aPTT>normal
 - Antikoagülan kullanımı INR>1.7,PT>15
- Kan glukoz konsantrasyonu<50mg/dL
- BT de multilobar infarkt alanları (hipodensite)>1/3 cerebral hemisfer

Fibrinolitik Tedavi Relatif Kontrendikasyonlar ilk 3 saat için

- Yalnızca minör yada hızla düzelen stroke semptomları
- Stroke başlangıcında nöbet
- Önceki 14 gün içinde major cerrahi ya da ciddi travma
- Son 21 gün içinde gastrointestinal yada üriner sistem kanaması
- Önceki 3 ay içinde akut MI

Fibrinolitik Tedavi Relatif Kontrendikasyonlar ilk 3 saat için

- Relatif kontrendikasyonlar olsa da risk-fayda durumuna göre fibrinolitik uygulanabilir.

Fibrinolitik Tedavi Endikasyonlar ilk 4.5 saat için

- Nörolojik defisit saptanması
- Semptom başlangıcı tedaviden önceki 4.5 saatte başlaması

Fibrinolitik Tedavi Kontrendikasyonlar ilk 4.5 saat için

- Yaş>80
- Şiddetli stroke (NIHSS>25)
- Oral antikoagülan kullanımı (INR önemsiz)
- Diabet ve önceki iskemik stroke hikayesi

Fibrinolitik Tedavi ilk 4.5 saat için

- Trombositopeni hikayesi olmayanlarda,Trombosit sonucu bilinmeden rt-PA başlanabilir.
- Ancak Trom<100.000 mm³ ise rt-PA durdurulmalıdır.
- Heparin/antikoagülan kullanmayan hastalarda INR bilinmeden rt-PA başlanabilir.
- Ancak INR>1.7 yada uzamış PT durumunda rt-PA durdurulur.

Fibrinolitik Tedavi

- İntravenöz
- İntraarteryel-iv ve ia karşılaştıran insan çalışması yok.
- 0.9 mg/kg-1.1 mg/kg
- %10 u ilk 1 dakikada gerisi 1 saatte iv inf.

Genel Bakım

Fizyolojik optimizasyon

- Hipoksinin önlenmesi
- Tansiyon regülasyonu
- Glukoz regülasyonu
- Euthermia
- Nutrisyonel destek sağlanmalıdır.
- Enfeksiyonlar önlenmeli.

Genel Bakım

- 75-100 cc/saat normal salin iv.
- KŞ<185mg/dL olacak şekilde insülin.
- Hipertermi iskemik nöronal hasarı hızlandırır.
- Vücut ısı>37.5 ise parasetamol.
- Yutma fonksiyonunu değerlendir.

PROGNOZ

PROGNOZ GEÇİCİ İSKEMİK ATAK

- Stroke riski!!!!
- İlk 2 günde %4
- 30 günde %8
- 90 günde %9-10
- Koroner arter hastalığına bağlı ölüm riski artmıştır (%6-10)
- 5 yıl içinde stroke riski %24-29

PROGNOZ İSKEMİK STROKE

- İskemik stroke sonrası 30 gün içinde mortalite hızı %19.
- 1 yıllık sağ kalım %77.
- USA da ilk stroke sonrası birinci yılda ölüm hızı %20.
- Kardiyojenik emboli 1.ayda daha yüksek mortalite
- Başvuru sırasında BT de bulgu olanlarda sonuçlar daha kötü ve trombolitik sonrası kanama daha fazla.
- Şiddetli hiperglisemi olanlarda prognoz daha kötü.

PROGNOZ HEMORAJİK STROKE

- Prognoz;
 - Stroke şiddeti
 - Lokasyon
 - Hemorajinin büyüklüğüne bağlı.
- GKS düşük olanlarda prognoz kötü ve mortalite daha yüksek.
- Ventrikül içi kan olması daha kötü prognoz.
- Oral antikoagülan kullanımına bağlı kanamalarda prognoz daha kötü ve ölüm oranları daha yüksek.

PROGNOZ BASILAR ARTER TROMBOZU

- Prognoz genellikle kötü.
- Mortalite oranı %70 den fazla.
- Antiplatelet/anticoagulan tedavisine rağmen hastaların %80 inde sonuçlar kötü.Ölüm oranı %40.

PROGNOZ SUBARAKNOİD KANAMA

- Sağkalanların 1/3 inden fazlasında major nörolojik defisit var.
- Sağkalım oranları %10-70 arasında (grade bağlı olarak)
- Mortalite/morbidite hızını etkileyen faktörler;
 - Hemorajinin şiddeti
 - Serebral vasospasmin derecesi
 - Kanamanın tekrarlaması
 - Hasta yaşı
 - Komorbid durum varlığı (enfeksiyon,MI)

PROGNOZ SUBCLAVİAN ÇALMA SENDROMU

- Kol egzersizi sonrası kolda ağrı oluşturma insidansı nörolojik semptom oluşmasından daha sık.
- Nörolojik semptomlar varsa GİA ve stroke gelişebilir.

TEŞEKKÜRLER